

нарушений реологических свойств крови, расстройств микроциркуляции и других патогенетических особенностей развития гестоза. Необходима разработка системы реабилитационных мероприятий у родильниц, перенесших гестоз с учетом новейших представлений о патогенезе данного заболевания, что позволит сохранить репродуктивное здоровье женщин, значительно снизить риск формирования соматической патологии, предотвратить развитие гестоза при повторных беременностях.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ОПГ-ГЕСТОЗОМ**

**Надирашвили Т.Д., Киселева Н.И.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет», Беларусь*

Изменения со стороны внутренних органов, возникающие при ОПГ-гестозах, оказывают влияние на течение беременности и могут сохраняться в послеродовом периоде.

Нами проведен анализ беременности и родов 2000 женщин родоразрешенных в течение 2004-2006 гг. В исследуемой группе обнаружено ОПГ-гестоза встречался в 12,94% случаев от всех беременных. Изучена также частота встречаемости клинических признаков экстрагенитальных расстройств у беременных и родильниц с ОПГ-гестозов. Наиболее часто (83,78%) у беременных женщин с ОПГ-гестозов обнаруживали нормо- и гипохромную анемию легкой и средней степени тяжести. На втором месте по распространенности были эндокринологические нарушения. У 75,12% беременных женщин имелись нарушения функции щитовидной железы. У большинства из них обнаруживали диффузное увеличение щитовидной железы I-II ст. без признаков увеличения ее функциональной активности. Эндокринологические нарушения характеризовались также наличием у 30,94% беременных из исследуемой группы изменений липидного обмена (алиментарное ожирение I-III ст.). Далее по частоте встречаемости были заболевания органов мочевого выделения (27,05% беременных). Наиболее часто обнаруживались признаки пиелонефрита, реже - гидронефроза. Нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы также имели место не менее чем у трети беременных с ОПГ-гестозов. У 28,82% женщин обнаружены

признаки нейроциркуляторной дистонии, чаще по смешанному типу. У 10,26% обследованных диагностирована артериальная гипертензия I-II ст.

Наличие ОПГ-гестоза явилось основанием для родоразрешения путем кесарева сечения у 46,11% женщин. Оставшиеся 53,89% женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. Из числа оперированных непосредственным показанием к кесареву сечению явилось утяжеление ОПГ-гестоза в 8,54%.

Проанализировав течение послеродового периода у женщин, перенесших ОПГ-гестоз средней и тяжелой степени нами было установлено, что у 16,18% женщин регистрировалось увеличение уровней систолического и диастолического АД, увеличение выраженности клинических проявлений нейроциркуляторной дистонии, предшествующей беременности.

Результаты исследования диктуют необходимость разработки программ реабилитации женщин перенесших ОПГ-гестоз после выписки из роддома.

С нашей точки зрения, уровень возможностей рутинного клинико-лабораторного обследования беременных и родильниц на предмет дифференциации женщин, которые нуждаются в дополнительном обследовании, лечении и реабилитации не является информативным.

Поэтому перед исследователями ставится задача поиска, идентификации и определения диагностической значимости тех или иных маркеров развития соматических повреждений, которые в дальнейшем могут быть пусковым механизмом формирования вторичной соматической патологии у женщин, перенесших гестоз во время предыдущих беременностей.

Для уточнения патогенетических механизмов развития гестоза и его осложнений нами изучались показатели функционального состояния эндотелия (ЭЗВД, содержание стабильных продуктов деградации монооксида азота, уровень ЦЭК).

У беременных с водянкой по сравнению со здоровыми беременными процент изменения диаметра плечевой артерии в ответ на кратковременную окклюзию сосуда был в 3,2 раза меньше ( $p < 0,001$ ); содержание стабильных продуктов деградации NO в плазме крови снижено в 1,2 раза ( $p < 0,001$ ); количество циркулирующих в крови эндотелиоцитов увеличено в 2 раза ( $p < 0,001$ ).

В группе женщин с гестозом, сопровождающимся артериальной гипертензией, в ответ на кратковременную окклюзию отмечалась парадоксальная реакция плечевой артерии в виде спазма (диаметр уменьшался на 9,4 (7,9;11,4) % от исходного). Возрастание скорости кровотока было в два раза меньше, чем у здоровых беременных ( $p < 0,001$ ) и в 1,3 раза меньше, чем у беременных с водянкой ( $p < 0,001$ ). Результаты

теста с НГ свидетельствуют о сохранении ЭНЗВД, однако ее выраженность в 1,2 раза меньше, чем у здоровых беременных ( $p=0,07$ ).

Учитывая то, что появление в крови ЦЭК является высокоспецифическим маркером повреждения эндотелия, можно предположить, что уже на доклинической стадии гестоза начинается формироваться дисфункция эндотелия.

Исходя из клинического анализа и результатов исследований, приведенных выше, основным направлением поиска признаков развития сердечно-сосудистой патологии, прежде всего гипертонической болезни, и патологии почек могут стать маркеры повреждения эндотелия у женщин перенесших гестоз.

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА И ПОСЛЕРОДОВОЙ АГ**

**Надирашвили Т.Д., Киселева Н.И.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет», Беларусь*

Несмотря на постоянное внимание к проблеме гестоза, до сих пор нет единого мнения о патогенезе данного осложнения беременности. В последние годы многие ученые рассматривают гестоз как острую патологию эндотелия. В современных исследованиях функционального состояния эндотелия при гестозе большое внимание уделяется монооксиду азота (NO) – самому мощному эндогенному вазодилататору. Поскольку NO принимает участие в регуляции практически всех функций эндотелия, в последнее время сложилось представление об эндотелиальной дисфункции как о состоянии эндотелия, при котором имеется недостаточная продукция NO. Повреждение эндотелиальных клеток при гестозе сопровождается появлением в крови маркеров эндотелиальной дисфункции и их показатели, в свою очередь, рассматривают как маркеры степени тяжести и прогноза течения гестоза и возможности запуска и развития метаболического синдрома или АГ в послеродовом периоде, у женщин, перенесших гестоз.

**Цель нашего исследования** – определить прогноз развития АГ и метаболического синдрома у женщин, перенесших гестоз.

Для решения поставленной цели были определены следующие задачи: